

DOI: 10.15643/libartrus-2016.2.7

## Неформальный (низовой) социальный контроль наркотизации: Контекст стигмы

© А. А. Яковлева

*Социологический институт Российской академии наук  
Россия, 190005 г. Санкт-Петербург, ул. 7-ая Красноармейская, 25/14.*

*Email: anna.yakovleva@hotmail.com*

*В статье проанализирован неформальный (низовой) социальный контроль в сфере наркотизма с точки зрения социальной стигмы. Социальная стигма рассмотрена как взаимосвязь стереотипов, предрассудков и дискриминации (П. Корриган). Проанализированы четыре российские низовые общественные инициативы, реализующие различные подходы (группы «Анонимные наркоманы», «снижение вреда», «война с наркотиками», поддержка созависимых). Сделан вывод, что спектр проявления социальной стигмы достаточно широк: от коррекции ее различных проявлений (или даже их полного нивелирования) до существенного усиления. Причем последнее не может оцениваться однозначно негативно. В случае с некоторыми инициативами (в частности, группами взаимопомощи) эффективность и результативность социального контроля может быть основана в том числе на усилении социальной стигмы наркопотребления.*

**Ключевые слова:** *социальная стигма, дискриминация, социальный контроль, наркотизм, низовые общественные инициативы.*

### Вводные замечания

Люди, употребляющие наркотики, являются объектом социальной стигмы [2, 13, 28]. Во многих работах данное положение звучит как аксиома, однако источники и механизмы формирования стигмы относительно редко – особенно в отечественной научной литературе – обозначаются и анализируются.

Как в воспроизводстве, так и в минимизации стигмы зависимого поведения значимую роль играют практики социального контроля [14, 19, 21, 28]. Если в отношении формального (официального) социального контроля исследователи единодушны: он почти всегда воспроизводит стигму. Это подтверждается анализом законодательной базы контроля в разных странах, а также организационным анализом соответствующих социальных институтов [31]. То в случае неформальных, низовых общественных инициатив все не столь однозначно.

Ряд исследований действительно подтверждают, что низовые, неформальные меры социального контроля (в частности, общины взаимопомощи для людей, употребляющих наркотики) работают на минимизацию социальной стигмы [16]. Тем не менее, отдельные исследовательские работы по анализу «братства» (fellowship) в неформальных группах взаимопомощи (в том числе, религиозных), напротив, демонстрируют, как обострение стигмы на этапе инициации обеспечивает более устойчивую лояльность, предупреждает нарушение правил группы со стороны новых членов, гарантирует выживание и успешное функционирование групп [15].

В настоящей статье предпринята попытка дать ответы на некоторые из этих вопросов.

### Концепт социальной стигмы

В настоящей статье под стигмой понимается устойчивая связь (отношение) между свойством индивида или социальной группы и негативным общественным стереотипом. Следуя

гофмановской традиции, сигма определяется как «глубоко дискредитирующий атрибут» [12], присвоение которого влечет кардинальную редукцию оценки его носителя. Все свойства и характеристики индивида или группы интерпретируются исключительно через призму данного социального ярлыка [10, 17, 18].

Для анализа проявлений социальной стигмы мы пользуемся концептуальной схемой, разработанной в Иллинойском технологическом университете под руководством профессора Патрика Корригана. По Корригану, социальная стигма состоит из следующих взаимосвязанных компонентов [8]:

- негативные стереотипы – социально-когнитивные структуры, существующие в форме коллективного знания (в данном случае, имеющие негативную окраску),
- предрассудки – предвзятое отношение, основанное на негативных стереотипах,
- дискриминация – поведенческая реакция в отношении объекта стереотипов и предрассудков.

Корриган и коллеги подчеркивают, что стереотипы и сформированные на их основании предрассудки всегда являются триггером определенного поведения – дискриминации [8]. Последняя, в свою очередь, проявляется в лишении возможностей (например, в сфере трудоустройства или аренды жилья), принуждении (считается, что объект стигмы не в состоянии действовать самостоятельно) и сегрегации (социальном дистанцировании) [7].

Рассмотрим, как эта схема проявляется на примере неформального (общественного, низового) социального контроля в сфере наркотизма в современной России.

Низовые общественные инициативы в сфере социального контроля

В широком смысле под низовыми общественными инициативами<sup>1</sup> понимаются локальные и целенаправленные формы деятельности представителей общественности в социально важных сферах. Они могут быть как формализованными (общественные некоммерческие неправительственные организации, «третий сектор»), так и неформализованными (общественные или социальные движения различного масштаба).

В сфере социального контроля наркотизма низовые общественные инициативы кристаллизуются, прежде всего, в форме разнообразных групп самопомощи для зависимых и созависимых (прежде всего, работающих по методике АН – Анонимных наркоманов), а также общественных организаций, занимающихся адвокацией, реабилитацией и «снижением вреда» от употребления наркотических веществ.

### **Социальная стигма и низовой социальный контроль: российский контекст**

Проиллюстрировать вклад различных российских низовых общественных инициатив в формирование/снижение социальной стигмы, можно на основании анализа их самопрезентаций. Для примера возьмем четыре общественные инициативы<sup>2</sup>: «Азария – Матери против

---

<sup>1</sup> Применительно к исследуемой теме, термин «общественные инициативы» представляется наиболее удачным в сравнении с синонимичными терминами «гражданские инициативы» или «инициативы населения». Он не ограничивает объект исследования правовым статусом гражданина или проживанием на определенной территории, а подчеркивает, прежде всего, социальную активность инициаторов тех или иных действий.

<sup>2</sup> Данные были собраны и проанализированы автором в рамках научно-исследовательского проекта сектора социологии девиантности и социального контроля Социологического института РАН «Социальный контроль девиантности: системно-институциональные эффекты и повседневные практики», реализованного в 2012–2014 годах (руководитель – д-р социолог. наук, проф. Т. В. Шипунова). Было изучено четыре кейса – отдельные общественные

наркотиков» (родительская инициатива; <http://www.azaria.rusorg.ru>), «Фонд им. Андрея Рылькова» (позиция «снижение вреда»; <http://rylkov-fond.org>), «Город без наркотиков» (позиция «войны с наркотиками»; <http://nobf.ru>) и российские комитеты «Анонимных Наркоманов» (низовая сетевая самопомощь; <http://na-russia.org>).

Неформализованная сетевая общественная инициатива «Анонимные наркоманы» фокусируется на том, что *«любой, совершенно любой зависимый в состоянии остановиться в употреблении наркотиков, избавиться от тяги к употреблению и обрести новый путь в жизни»*. Именно *«помощь друг другу оставаться чистыми»* (не употреблять никакие наркотики) является базовой позицией, вокруг которой формируется основная практика социального контроля. Это личное духовное развитие через последовательную реализацию 12 шагов, которое поддерживается регулярными собраниями (группы взаимопомощи) и «спонсорством» (спонсор – это *«наставник, опытный член сообщества»*, который *«предоставляет неформальную помощь более молодому участнику»*).

В целом, по «Анонимным наркоманам», у каждого человека свой путь к осознанию необходимости помощи. Однако существует представление о норме для тех, кто становится членом сообщества и начинает выполнять программу 12 шагов: она связана с полным запретом на употребление любых опьяняющих веществ, включая любые виды наркотиков, алкоголь, в некоторых случаях – кофе.

В определенном смысле это можно интерпретировать как дистанцирование – одну из форм проявления социальной стигмы, которая в данном случае работает на избавление от зависимости. Оно может проявляться даже в повседневных вещах (например, в одежде, общении с окружающими и т.п.). Приведем для иллюстрации данного эффекта пару фрагментов из интервью с «выздоровливающим зависимым» (муж., 1954 г.р., член сообщества с 1994 года):

«...Все, которые приходят на группу первый раз, ...видят к себе такую заботу, внимание, да, искреннюю доброту, таких же как и они, но уже давно в трезвости. Вот это... это алкоголик? И это тоже алкоголик?? ...Это такой вот шок, да, стресс колоссальный, но который вызывает, набирается чувством надежды... То есть и я могу быть такими, как они...»

«...Если я встал на путь трезвости, а меня окружающие видят... [Раньше] ходил весь грязный, никому не нужный. А здесь человек ходит аккуратненький, веселый, такой приветливый... То есть человек другой совсем стал...»

(Источник: авторские данные; интервью проведено летом 2014 г.)

Другая низовая общественная инициатива – «Фонд им. Андрея Рылькова» – изначально стоит концепцию своей работы на разрушении социальной стигмы в отношении людей, употребляющих наркотики, и ее последствий. Фонд проблематизирует ситуацию, при которой эти люди *«автоматически попадают в касту изгоев, не имеющих абсолютно никаких гражданских прав»*, *«живут среди жестокости и насилия, направленных прямо на [них]»*. Уже в преамбуле своей деятельности общественная инициатива говорит на языке, хорошо отражающим процесс социальной стигматизации:

«Наркомания стала клеймом, которое используется властями в качестве оправдания того, чтобы делать все что угодно, как бы невероятны не были их действия – непосредственные

---

инициативы, реализующие разные подходы к социальному контролю наркотизма. С помощью интенсивной выборки по открытым источникам (прежде всего, в сети Интернет) была сформирована база данных из 372 единиц информации (тексты, а также визуальные материалы). Анализ данных проводился методом контент-анализа.

или косвенные убийства, пытки, лишение свободы, здоровья или человеческого достоинства, – все это пройдет совершенно безнаказанно»

(Источник: <http://rylkov-fond.org>)

Вся деятельность данной общественной инициативы направлена на то, чтобы показать: люди, употребляющие наркотики, ничем не отличаются от других людей с хроническими заболеваниями; им необходима возможность для того, чтобы безопасно и без потери человеческого достоинства поддерживать образ жизни, который им «навязывают» наркотики. Так за счет возвращения возможностей (в самых различных сферах жизни) и преодоление социальной дистанции происходит снижение дискриминации этой стигматизированной социальной группы.

Инициатива «Город без наркотиков» проблематизирует, прежде всего, наркоторговлю и наркопреступность. Они рассматриваются в логической связке «торговля наркотиками» – «наркомания» – «преступность наркоманов», которые жестко осуждаются. Как в отношении «наркоторговцев», так и в отношении «наркоманов» используется язык ненависти (наркоторговцы – «„людоеды“, в крайнем случае, „душегубы“»; наркоман – «подонки, предатели, преступники»), что является значимым проявлением социальной стигмы.

Социальная дистанция в отношении людей, затронутых проблемой наркотизма, многократно усиливается призывами к открытой борьбе – будь то сообщение о местах продажи наркотиков (в рамках инициативы создается карта наркоторговли) или нанесение прямого ущерба тем, кто занят в наркоторговле (в т. ч. покупателей).

Совершенно иным является случай инициативы «Азария – Матери против наркотиков». «Зависимость от наркотиков» конструируется, прежде всего, как семейная проблема («болезнь всей семьи»), истоки которой лежат в дисфункциональности отношений между членами семьи. Она формируется и укореняется из поколения в поколение и проявляется в связке «созависимость родителя»<sup>3</sup> – «наркозависимость ребенка».

Работа в рамках данной общественной инициативы проводится, прежде всего, с созависимыми родителями. Таким образом, купируется ситуация стигматизации и дискриминации людей, употребляющих наркотики, в их ближайшем социальном окружении. И это имеет терапевтический эффект для всех членов семьи:

«Если родителей удастся направить в программы поддержки, если они начинают овладевать знаниями и информацией, вырабатывают основы грамотного поведения с наркозависимым, перестают быть жертвой обстоятельств, „встают на ноги“, то в семьях идут значительные перемены и с наркозависимыми в том числе»

(Источник: <http://www.azaria.rusorg.ru>)

Если попытаться провести сравнение общественных инициатив с точки зрения их влияния на социальную стигму в отношении людей, употребляющих наркотики, то между ними будет больше отличий, нежели сходных моментов.

Одна из принципиальных точек, по которой «проходит водораздел», – это отношение к торговле наркотиками. Так, в рамках инициативы «Город без наркотиков» наркопреступность («подлая наркоманская преступность, из-за которой люди боятся выходить на улицы») – это один из основных объектов негативной атрибуции и, соответственно, жесткого

---

<sup>3</sup> Созависимость определяется как патологическое состояние, характеризующееся глубокой поглощённостью и сильной эмоциональной, социальной или даже физической зависимостью от другого человека. Чаще всего термин употребляется по отношению к родственникам и близким алкоголиков, наркоманов и других людей с какими-либо зависимостями [35, с. 6].

контроля. В рамках же инициативы «Азария – Матери против наркотиков» она рассматривается как «один из симптомов заболевания наркотической зависимости», а направленные на нее меры формально-нормативного контроля критикуются как репрессивные и антигуманные (сходно – и в случае с общественной инициативой «Фонд им. Андрея Рылькова»).

Другой пример принципиального различия – это отношение к избавлению от наркозависимости. С одной стороны, все четыре общественные инициативы определяют это в качестве одного из важнейших приоритетов. С другой стороны, «Фонд им. Андрея Рылькова» и (в несколько более жестких формах) «Анонимные наркоманы» и «Азария – Матери против наркотиков» принимают ситуацию, при которой наркозависимый человек может в своем темпе двигаться к принятию решения о том, что ему/ей необходимо прекратить употреблять наркотики, и это не является препятствием для получения другой помощи и поддержки. Говоря на языке концепции социальной стигмы, здесь слабее проявляется принуждение и лишение возможностей.

Тогда как «Город без наркотиков» стоит на позиции необходимости принудительного «лечения» наркотической зависимости (напомним, что такой подход – характерное проявление внешней стигмы) как первого и основного шага. Отсюда, к слову, возникновение закрытых центров безмедикоментозной реабилитации для наркозависимых как одной из практик данной общественной инициативы.

Наконец, еще одно различие: для инициативы «Город без наркотиков», как и для формального (официального) социального контроля, не существует ни концепта «созависимость», ни объекта воздействия «семья и родственники потребителя наркотиков». То есть, стигматизируются и социально исключаются не только сами люди, употребляющие наркотики, но и их родители, родственники.

В свою очередь, для инициативы «Азария – Матери против наркотиков» ориентация на созависимых родителей и других родственников является базовым, ключевым. А, например, в инициативе «Анонимные наркоманы» хотя эта целевая группа также специально не выделяется, но на практике она включена в категорию «интересующихся опытом выздоровления в сообществе „Анонимные наркоманы“», для которой существует отдельная практика – открытые собрания. Включение в фокус воздействия разных категорий людей, затронутых проблемой, чрезвычайно важно. Это позволяет преодолеть само-стигму и, как следствие, самоизоляцию, депрессию и т.д.

Таким образом, приведенные примеры показывают совершенно различные позиции низовых общественных инициатив по отношению к преодолению/формированию стигмы в отношении людей, употребляющих наркотики. С одной стороны, эти позиции, без сомнения, отличны от того, что мы видели в случае с формальным социальным контролем. С другой стороны, внутри общественных инициатив они также чрезвычайно разнообразны – в чем-то они пересекаются друг с другом, а в чем-то – занимают диаметрально противоположные позиции. Это обосновывает необходимость более внимательного изучения данного вопроса.

### **Заключение**

Очевидно, что все меры социального контроля, которые применяются в России в отношении людей, затронутых проблемой наркотизации, можно расположить в некоем континууме по степени их негативного (снижение, коррекция) или позитивного (формирование, усиление) влияния на социальную стигму [36].

И тогда на одном полюсе окажется система формального социального контроля. Она основана на вертикальной иерархии, объективизирует людей, употребляющих наркотики. Ни-

зовые же инициативы типа сообществ выздоравливающих зависимых (Анонимные наркоманы) и созависимых будут находиться на противоположном полюсе. Они самоорганизуются горизонтально, делают участников сообществ активными субъектами социального контроля, формируют их социальную солидарность, способствуют преодолению «внешней» социальной стигмы и социального исключения.

Однако, как было показано, в целом спектр влияния неформальных (низовых) форм социального контроля наркотизации с точки зрения эффекта их воздействия на стигму достаточно широк и разнообразен: от коррекции (или даже полного нивелирования) ее различных проявлений до существенного усиления. Причем последнее не может рассматриваться однозначно негативно. В случае некоторых низовых инициатив (в частности, групп взаимопомощи) эффективность и результативность социального контроля может быть основана в том числе на усилении социальной стигмы наркопотребления.

Дальнейшие исследования автора ставят целью прояснить не только то, какие институты низового социального контроля воспроизводят или минимизируют стигму, но и как стигма влияет на привлекательность социальной помощи, а также почему разные практики социального контроля, в том числе с высоким уровнем проявления социальной стигмы, оказываются востребованными и эффективными.

Статья подготовлена в рамках научно-исследовательского проекта «Социальный контроль алкогольной и наркотической зависимости в России: контекст стигмы, социального исключения насилия, отчуждения» (грант РГНФ №15-03-00643; руководитель – канд. социол. наук А. А. Яковлева).

### Литература

1. Albrecht G. L., Walker V. G., Levy J. A. Social distance from the stigmatized. A test of two theories // *Social science and medicine*. **1982**. Vol. 16. No. 14. Pp. 1319–1327.
2. Anderson T. L., Ripullo F. Social setting, stigma management, and recovering drug addicts // *Humanity and society*. **1996**. Vol. 20. Pp. 25–43.
3. Angermeyer M. C., Matschinger H. Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany // *Psychological medicine*. **1997**. Vol. 27. No. 1. Pp. 131–141.
4. Angermeyer M. C., Matschinger H., Grobel S. Attitude of the public towards alcoholics, part 2: Stereotypes and stigma // *Sucht*. **1995**. Vol. 41. Pp. 237–44.
5. Brown S. A. Standardized measures for substance use stigma // *Drug and alcohol dependence*. **2011**. Vol. 116. No. 1. Pp. 137–141.
6. Corrigan P., Markowitz F. E., Watson A., Rowan D., Kubiak M. A. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness // *Journal of health and social behavior*. **2003**. Vol. 44. No. 2. Pp. 162–179.
7. Corrigan P. W., Larson J. E., Ruesch N. Self stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence based practices // *World psychiatry*. **2009**. Vol. 8. No. 2. Pp. 75–81.
8. Corrigan P. W., Watson A. C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness // *World psychiatry*. **2002**. Vol. 1. No. 1. Pp. 16–20.
9. Corrigan P. W., Watson A. C., Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy // *Journal of social and clinical psychology*. **2006**. Vol. 25. No. 8. Pp. 875–884.
10. Elliott G. C., Ziegler H. L., Altman B. M., Scott D. R. Understanding stigma: Dimensions of deviance and coping // *Deviant Behavior*. **1982**. Vol. 3. No. 3. Pp. 275–300.
11. Feldman D. B., Crandall C. S. Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? // *Journal of social and clinical psychology*. **2007**. Vol. 26. No. 2. Pp. 137–154.
12. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books, **1990**.
13. Gray R. Shame, labeling and stigma: Challenges to counseling clients in alcohol and other drug settings // *Contemporary Drug Problems*. **2010**. Vol. 37. Pp. 685.

14. Heijnders M., van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions // *Psychology, health and medicine*. **2006**. Vol. 11. No. 3. Pp. 353–363.
15. Iannaccone L. R. Sacrifice and stigma: Reducing free-riding in cults, communes, and other collectives // *Journal of Political Economy*. **1992**. Vol. 100. Pp. 271–291.
16. Kelly J. F., White W. L. *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice, Current Clinical Psychiatry*. New York: Springer, **2011**.
17. Kulesza M., Larimer M. E., Rao D. Substance use related stigma: What we know and the way forward // *Journal of addictive behaviors, therapy and rehabilitation*. **2013**. Vol. 2. No. 2. P. 782–793.
18. Link B. G., Phelan J. C. Conceptualizing stigma // *Annual review of Sociology*. **2001**. Vol. 27. Pp. 363–385.
19. Link B. G., Struening E. L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan J. C. On describing and seeking to change the experience of stigma // *Psychiatric rehabilitation skills*. **2002**. Vol. 6. No. 2. Pp. 201–231.
20. Link B. G., Yang L. H., Phelan J. C., Collins P. Y. Measuring mental illness stigma // *Schizophrenia bulletin*. **2004**. Vol. 30. No. 3. Pp. 511–541.
21. Livingston J. D., Milne T., Fang M. L., Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review // *Addiction*. **2012**. Vol. 107. No. 1. Pp. 39–50.
22. Luoma J. B., Kulesza M., Hayes S. C., Kohlenberg B., Larimer M. Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder // *The American journal of drug and alcohol abuse*. **2014**. Vol. 40. No. 3. Pp. 206–212.
23. Luoma J. B., Nobles R. H., Drake Ch. E., Hayes S. C., O'Hair A., Fletcher L., Kohlenberg B. S. Self-stigma in substance abuse: Development of a new measure // *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. **2013**. Vol. 35. No. 2. Pp. 223–234.
24. Martin J. K., Pescosolido B. A., Tuch S. A. Of fear and loathing: The role of “disturbing behavior”, labels and causal attribution in shaping public attitudes toward people with mental illness // *Journal of health and social behavior*. **2000**. Vol. 41. Pp. 208–23.
25. McLaughlin D., McKenna H., Leslie J., Moore K., Robinson J. Illicit drug users in Northern Ireland: Perceptions and experiences of health and social care professionals // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. **2006**. Vol. 13. No. 6. Pp. 682–686.
26. Peluso E. T., Blay S. L. Public perception of alcohol dependence // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. **2008**. Vol. 30. No. 1. Pp. 19–24.
27. Pescosolido B. A., Martin J. K., Long J. S., Medina T. R., Phelan J. C., Link B. G. “A disease like any other?” A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence // *American Journal of Psychiatry*. **2010**. Vol. 167. No. 11. Pp. 1321–1330.
28. Radcliffe P., Stevens A. Are drug treatment services only for “thieving junkie scumbags”? Drug users and the management of stigmatised identities // *Social science and medicine*. **2008**. Vol. 67. No. 7. Pp. 1065–1073.
29. Schomerus G., Corrigan P. W., Klauer T., Kuwert P., Freyberger H. J., Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy // *Drug and alcohol dependence*. **2011**. Vol. 114. No. 1. Pp. 12–17.
30. Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. C. Attitudes towards alcohol dependence and affected individuals: Persistence of negative stereotypes and illness beliefs between 1990 and 2011 // *European addiction research*. **2014**. Vol. 20. No. 6. Pp. 293–299.
31. Spicker P. *Stigma and social welfare*. Taylor & Francis, **1984**.
32. van Boekel L. C., Brouwers E. P., van Weeghel J., Garretsen H. F. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review // *Drug and alcohol dependence*. **2013**. Vol. 131. No. 1. Pp. 23–35.
33. Кнуф А., Эпов Л. Ю. Стигма: теория и практика // *Знание. Понимание. Умение*. **2006**. №2. С. 149–153.
34. Мейлахс П. А. Социальная рефлексия наркотической ситуации в Санкт-Петербурге: дис. ... канд. социолог. наук. СПб., **2007**.
35. Шорохова О. А. Созависимость // *Жизненные ловушки зависимости и созависимости*. СПб.: Речь, **2002**. С. 6–16.
36. Яковлева А. А. Общественные инициативы в сфере контроля девиантности: повседневные практики и конструирование нормативного // *Социологические аспекты трансформации российского общества: Материалы региональной молодежной научной конференции*. Санкт-Петербург, 20–21 июня 2013 г. СПб.: Нестор-История, **2014**. С. 16–23.

Поступила в редакцию 21.01.2016 г.

После доработки – 28.03.2016 г.

DOI: 10.15643/libartrus-2016.2.7

## Informal (grassroot) social control of drug abuse: Context of stigma

© A. A. Yakovleva

*Sociological Institute, RAS*

*25/14 7th Krasnoarmeyskaya St., 190005 Saint Petersburg, Russia.*

*Email: anna.yakovleva@hotmail.com*

The article is focused on social stigma in informal (grassroot) social control of drug abuse. Social stigma is considered as the three related components: negative stereotypes, prejudices, and discrimination (P. Corrigan). The discrimination as a behavioral result of stigma manifests itself in capability deprivation, compulsion and segregation. According to this scheme, informal social control is shown on the example of the four Russian grassroots initiatives, which can be observed at the present time. They are implementing various approaches (Narcotics Anonymous self-help groups for drug users, "harm reduction", the "war on drugs", and support for co-dependents of drug users). As empirical data we used self-posted materials of these initiatives on the Internet (372 units of textual and visual information). The textual data was analyzed by combination of content analysis and critical discourse analysis. We conclude that the spectrum of social stigma in sphere of informal (grassroot) control is quite wide: from its correction (or even its full completing) to its significant gain. And the gain of social stigma could not be marked as negative unambiguously. In case of some grassroots initiatives (in particular self-help groups) the effectiveness and potency of social control may be also based on strengthening the social stigma of people who use alcohol and drugs. The last conclusion is connected with some data from other countries.

**Keywords:** *social stigma, discrimination, social control, drug abuse, grass-root public initiatives.*

Published in Russian. Do not hesitate to contact us at [edit@libartrus.com](mailto:edit@libartrus.com) if you need translation of the article.

Please, cite the article: Yakovleva A. A. Informal (grassroot) social control of drug abuse: Context of stigma // *Liberal Arts in Russia*. 2016. Vol. 5. No. 2. Pp. 182–190.

## References

1. Albrecht G. L., Walker V. G., Levy J. A. *Social science and medicine*. 1982. Vol. 16. No. 14. Pp. 1319–1327.
2. Anderson T. L., Ripullo F. *Humanity and society*. 1996. Vol. 20. Pp. 25–43.
3. Angermeyer M. C., Matschinger H. *Psychological medicine*. 1997. Vol. 27. No. 1. Pp. 131–141.
4. Angermeyer M. C., Matschinger H., Grobel S. *Sucht*. 1995. Vol. 41. Pp. 237–44.
5. Brown S. A. *Drug and alcohol dependence*. 2011. Vol. 116. No. 1. Pp. 137–141.
6. Corrigan P., Markowitz F. E., Watson A., Rowan D., Kubiak M. A. *Journal of health and social behavior*. 2003. Vol. 44. No. 2. Pp. 162–179.
7. Corrigan P. W., Larson J. E., Ruesch N. *World psychiatry*. 2009. Vol. 8. No. 2. Pp. 75–81.
8. Corrigan P. W., Watson A. C. *World psychiatry*. 2002. Vol. 1. No. 1. Pp. 16–20.
9. Corrigan P. W., Watson A. C., Barr L. *Journal of social and clinical psychology*. 2006. Vol. 25. No. 8. Pp. 875–884.
10. Elliott G. C., Ziegler H. L., Altman B. M., Scott D. R. *Deviant Behavior*. 1982. Vol. 3. No. 3. Pp. 275–300.
11. Feldman D. B., Crandall C. S. *Journal of social and clinical psychology*. 2007. Vol. 26. No. 2. Pp. 137–154.
12. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books, 1990.
13. Gray R. *Contemporary Drug Problems*. 2010. Vol. 37. Pp. 685.
14. Heijnders M., van Der Meij S. *Psychology, health and medicine*. 2006. Vol. 11. No. 3. Pp. 353–363.
15. Iannaccone L. R. *Journal of Political Economy*. 1992. Vol. 100. Pp. 271–291.



16. Kelly J. F., White W. L. *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice, Current Clinical Psychiatry*. New York: Springer, **2011**.
17. Kulesza M., Larimer M. E., Rao D. *Journal of addictive behaviors, therapy and rehabilitation*. **2013**. Vol. 2. No. 2. Pp. 782–793.
18. Link B. G., Phelan J. C. *Annual review of Sociology*. **2001**. Vol. 27. Pp. 363–385.
19. Link B. G., Struening E. L., Neese-Todd S., Asmussen S., Phelan J. C. *Psychiatric rehabilitation skills*. **2002**. Vol. 6. No. 2. Pp. 201–231.
20. Link B. G., Yang L. H., Phelan J. C., Collins P. Y. *Schizophrenia bulletin*. **2004**. Vol. 30. No. 3. Pp. 511–541.
21. Livingston J. D., Milne T., Fang M. L., Amari E. *Addiction*. **2012**. Vol. 107. No. 1. Pp. 39–50.
22. Luoma J. B., Kulesza M., Hayes S. C., Kohlenberg B., Larimer M. *The American journal of drug and alcohol abuse*. **2014**. Vol. 40. No. 3. Pp. 206–212.
23. Luoma J. B., Nobles R. H., Drake Ch. E., Hayes S. C., O'Hair A., Fletcher L., Kohlenberg B. S. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. **2013**. Vol. 35. No. 2. Pp. 223–234.
24. Martin J. K., Pescosolido B. A., Tuch S. A. *Journal of health and social behavior*. **2000**. Vol. 41. Pp. 208–23.
25. McLaughlin D., McKenna H., Leslie J., Moore K., Robinson J. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. **2006**. Vol. 13. No. 6. Pp. 682–686.
26. Peluso E. T., Blay S. L. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. **2008**. Vol.30. No. 1. Pp.19–24.
27. Pescosolido B. A., Martin J. K., Long J. S., Medina T. R., Phelan J. C., Link B. G. *American Journal of Psychiatry*. **2010**. Vol. 167. No. 11. Pp. 1321–1330.
28. Radcliffe P., Stevens A. *Social science and medicine*. **2008**. Vol. 67. No. 7. Pp. 1065–1073.
29. Schomerus G., Corrigan P. W., Klauer T., Kuwert P., Freyberger H. J., Lucht M. *Drug and alcohol dependence*. **2011**. Vol. 114. No. 1. Pp. 12–17.
30. Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. C. *European addiction research*. **2014**. Vol. 20. No. 6. Pp. 293–299.
31. Spicker P. *Stigma and social welfare*. Taylor & Francis, **1984**.
32. van Boekel L. C., Brouwers E. P., van Weeghel J., Garretsen H. F. *Drug and alcohol dependence*. **2013**. Vol. 131. No. 1. Pp. 23–35.
33. Knuf A., Epov L. Yu. *Znanie. Ponimanie. Umenie*. **2006**. No. 2. Pp. 149–153.
34. Meilakhs P. A. *Sotsial'naya refleksiya narkoticheskoi situatsii v Sankt-Peterburge: dis. ... kand. sotsiolog. nauk. Saint Petersburg, 2007*.
35. Shorokhova O. A. *Sozavisimost'. Zhiznennyye lovushki zavisimosti i sozavisimosti*. Saint Petersburg: Rech', **2002**. Pp. 6–16.
36. Yakovleva A. A. *Sotsiologicheskie aspekty transformatsii rossiiskogo obshchestva: Materialy regional'noi molodezhnoi nauchnoi konferentsii. Sankt-Peterburg, 20–21 iyunya 2013 g. Saint Petersburg: Nestor-Istoriya, 2014*. Pp. 16–23.

Received 21.01.2016.

Revised 28.03.2016.